UNA SESTA OVARIOTOMIA

SEGUITA DA RAPIDA GUARIGIONE

PER

A. D' ANTONA

Professore pareggiato di Chirurgia
Coadiutore nella Clinica Chirurgica e Chirurgo dell' Ospedale dei Pellegrini.

Estratto dal giornale Il Movimento Medico-Chirurgico
Anno XII. — Fasc. 9 — 1880.

NAPOLI
Tipografia A. Trani
Strada Medina, 25.
1880.

UNA SESTA OVARIOTOMIA

SEGUITA DA RAPIDA GUARIGIONE

PER

A. D' ANTONA

Professore pareggiato di Chirurgia
Coadiutore nella Clinica Chirurgica e Chirurgo dell' Ospedale dei Pellegrini.

Estratto dal giornale Il Movimento Medico-Chirurgico
Anno XII. — Fasc. 9 — 1880.

NAPOLI
Tipografia A. Trani
Strada Medina, 25.
1880.

Era appena pubblicata la storia della quinta ovariotomia da me eseguita, quando fui per telegrafo invitato a recarmi in Trapani per operare una signora inferma di cistovario ; e fu per mezzo del mio pregevole amico e collega Dottor I s c a che l' invito della famiglia mi venne trasmesso.

E difatti, senza porre tempo in mezzo, il giorno 7 settembre ultimo io mi trovai in Trapani, dove arrivato, appresi che la signora dalla campagna dei dintorni di Trapani erasi trasferita in Monte S. Giuliano. Questa piccola città, surta sui ruderi dell'antica Erice, e sita perciò sulla sommità del monte Erix, ha il beneficio di una eccezionale salubrità. Sia per la sua positura elevata , di 2061 piedi sopra il livello del mare, e della ubertosa pianura circostante, sia per la nettezza degli abitanti e la robusta e bella costituzione dei figli, discendenti degli antichi ericini, in quella piccola città mai vi fu epidemia colerica , non ostante la libera immissione di gente, talvolta infetta. Rarissimi sono i casi di tisi pulmonale, ed il reclutamento militare dà un contingente splendido di giovani abili.

Con queste notizie e con questi dati, s' immagini ognuno quanto io dovetti esser contento della risoluzione della inferma nel recarsi in Monte San Giuliano.

Ivi arrivato verso il mezzodì dello stesso giorno, sentita la relazione dell' egregio medico curante, Dr. L u i g i F a r i n a, e poi osservata la inferma, ebbi tosto a convincermi della diagnosi in tutti i suoi particolari , tali quali il collega I s c a mi avea per telegrafo descritti. La signora avea finito di mestruare da quattro giorni , quindi l' operazione fu decisamente stabilita per l'indomani.

Nelle ore pom. continuai a studiare ed osservare la inferma una se-

conda e una terza volta ; ed ecco ora brevemente riferiti i particolari della storia, ed i risultati delle mie ricerche.

La signora Giacoma Vensa, bel tipo della razza Ericina, ventottenne, di buona costituzione, molto dimagrita , madre di un bel bambino di 4 anni, e di una sana bambina di 20 mesi, mi narra che dopo 4 giorni dell' ultimo parto compiutosi regolarmente nel gennaio 1879, ebbe a patire i fenomeni di una metrite e parametrite accompagnate a febbre, e durata dodici giorni circa. Nel settembre dello stesso anno, sulla regione della fossa iliaca sinistra, s'avvide della esistenza di un tumoretto, grosso quanto una noce, indolente, duro, che ella potea non solo ben sentire e delimitare, attesa la sottigliezza delle pareti addominali, ma muovere in ogni senso. Ed il marito, che allora fu dalla moglie invitato ad osservarla, ci conferma ora l' esattezza dei fatti narrati dalla sua signora. Il tumoretto andò gradatamente crescendo, ma senza arrecar molestia alcuna; difatti la signora potè condurre bene a termine lo allattamento della sua bimba, nè ciò impedì che ella, come le era accaduto nella prima lattazione, avesse la sua regolare mestruazione fin dal secondo mese dopo il parto.

Ora la signora presenta un addome molto ed equabilmente disteso , piuttosto schiacciato ai lati e prominente in avanti; dall'ombelico in sotto pare s' arrovesciasse sul pube , cicatrice ombelicale appianata , nessun marezzamento venoso.

Il tumore, di forma regolarmente conglobata, si lascia ben sentire e delimitare in tutta la sua periferia superiore e laterale , arriva a due dita trasverse dall' appendice xifoide , e lungo la linea delle costole spurie scende ai lombi fin nelle fosse iliache. Colle mani s' accompagna il tumore nella piccola pelvi, ma non è possibile infossarle tra pube e tumore attesa la somma tensione delle pareti addominali , e quindi la niuna spostabilità del tumore in alto. In una limitata regione tra l' ombelico e la spina iliaca ant. superiore dritta si nota una maggiore resistenza del tumore, la quale fa contrasto colla mollezza di tutto il resto. La fluttuazione ed il flotto chiaro, superficiale è trasmissibile per ogni senso, meno in quella sezione or ora ricordata, dove il flotto si percepisce profondo ed attraverso tessuti solidi molto spessi. La percussione è chiara e timpanitica appena in un'aja limitata iliaco-lombare dritta, e un po' più estesa a sinistra nella regione epigastrica e nelle ipocondriache. Non è possibile alcun movimento di spostabilità del tumore in alcun senso, e quindi il limite superiore di percussione vuota non subisce alcuna modificazione nelle profonde escursioni respiratorie, le quali perciò sono brevi, superficiali, e quasi del tutto toraciche superiori.

Adagiando la signora in forzata flessione in avanti della testa, del tronco e degli arti inferiori, è possibile sollevare e distaccare la cicatrice ombelicale dal corpo del tumore addominale.

Con tutte queste manovre la signora soffre poco o nulla, e solamente avverte un tal senso di stiramento verso l' ipocondrio dritto e l'epigastrio, giusto dove, palpando profondamente, si scovrono piccole aje d'in-

durimento le quali non si sa se appartengano alle pareti della cisti o degl' intestini che vi sono ravvicinati.

Appena introdotto il dito in vagina si sente benissimo la vescica urinaria ridotta ad una piccola borsa, spinta in basso ed addossata contro la parete anteriore della vagina ; ed introducendo nel contempo il catetere per l' uretra , si può confermare la grande riduzione di volume della vescica e la sua compressione e spinta in basso. L' urinazione è frequentissima.

Pel fornice vaginale anteriore, sia nella linea mediana ed attraverso la vescica vuota ed afflosciata, o meglio ancora verso le parti laterali, io posso col mio lungo dito raggiungere il segmento inferiore del tumore e sentire chiaramente la sua mollezza e la profonda fluttuazione procurata colla sinistra mano sulla regione pubo-ombelicale. Non mi è possibile raggiungere il tumore pel fornice posteriore , quantunque l' utero sia un po' abbassato e retroverso. La cavità uterina è lunga 7 centimetri.

Col dito e la sonda riesco nel modo più preciso a rilevare la mobilità in ogni senso dell'utero e la sua indipendenza dal tumore; così che credo superfluo procedere alla manovra da me raccomandata in un'altro scritto per scovrire la mobilità o fissazione dell' utero, provare cioè di trarlo leggermente in basso, uncinando il labbro anteriore del collo, oppure tener questo labbro fisso coll' uncino o con la pinzetta americana in quel che un assistente cerca trarre fortemente in alto il segmento inferiore del tumore. Non credo procedere all' esplorazione rettale.

Dopo raccolti questi fatti fui lieto di potermi convincere della diagnosi già fatta dal distinto collega dottor Isca, e perciò la mia diagnosi fu: *cisti ovarica sinistra* (grazie alle precise notizie date dalla inferma) *uniloculare e sierosa* (per la chiara ed universale fluttuazione e flotto), probabilmente *a lungo picciuolo* (per la spinta dell'utero in basso e la nessuna latero-versione) libera di *aderenze in basso e pelviche*, (per la mobilità dell' utero e la giacitura della urocisti) e *libera di aderenze parietali* (pel modo netto come la cicatrice ombelicale si staccava dal corpo del tumore, per l'assenza di dolori pregressi, per la sottigliezza uguale di tutta la sezione anteriore delle pareti della cisti e dell' addome).

Due particolarità in questa storia restavano a chiarire, e perciò turbavano un po' il mio tranquillo giudizio: cioè, 1° *Il troppo rapido sviluppo del tumore*: Una cisti sierosa, sorpresa e scoverta in sul nascere, quando era appena quanto una noce, e che nel brevissimo periodo di 9 o 10 mesi guadagna l' enorme volume da distendere molto e riempire tutta la cavità addominale, non è facile ad incontrarsi ed intendersi. 2° *Qual' era veramente la natura di quell'indurimento nella parte laterale dritta* ?

Dalla concorrenza di quei due fatti sconcordi coll' insieme della storia mi parve poter dedurre ed ammettere una trasformazione mixomatosa o sarcomatosa di quella sezione della parete cistica ingrossata ; dove per giunta sospettai di aderenze parziali e limitate; tanto più che in quell'idea

mi confortava l'osservazione di quelle ajuole d'indurimento, sparse nel segmento superiore epigastrico ed ipocondriaco della cisti.

Del resto la certezza della diagnosi in generale, dell'indipendenza della cisti dall'utero e dalla vescica, la certezza di non trovare aderenze parietali almeno anteriori e laterali sinistre, e la decisa volontà della inferma fecero sì che io, rinunciando al beneficio di una punzione esploratrice, dovetti sul momento decidermi a fissare l' operazione pel giorno susseguente al mio arrivo.

Tutto il giorno fu speso a preparare, disinfettare scrupolosamente stanze e suppellettili da servire alla inferma, e ad approntare il bisognevole per tutte le occorrenze e per la più rigorosa e scrupolosa medicatura alla Lister. Due grandi ed ottimi spolverizzatori a vapore stavano a mia disposizione.

Ai chiarissimi colleghi cav. Lambiasi, Isca, Turretta e Solina, venuti gentilmente da Trapani a passare la sera con me, io esposi decisamente il mio concetto diagnostico in tutte le sue particolarità e con tutti i dubbii miei. Ebbene, sia detto con anticipazione, la diagnosi durante l'operazione fu confermata in tutte le sue particolarità, e verificate eziandio quelle emesse a titolo di forte sospetto. Ei bisogna aggiungere che gli egregi colleghi, dopo avere nell'indomani osservata la inferma, s'unirono a me nel giudizio diagnostico e mi confortarono assai a procedere con lieto animo.

La signora era stata nei giorni precedenti purgata, e avea fatti i suoi bagni di pulizia generale e locale. Alle ore 12 m. circa, assistito dai su mentovati colleghi ed amici e da altri giovani dottori, dopo cloroformizzata la inferma, praticai sulla linea alba un'incisione lunga appena 6 o 7 centimetri. Dopo due incisioni fatte colla guida, essendo caduto proprio tra i due retti, raggiunsi subito il connettivo adiposo sottoperitoneale, lacerato appena il quale, scovrii il peritoneo, discretamente vascolarizzato ed inspessito, e potei più direttamente mostrare ai colleghi, come esso scorreva sul corpo del tumore sottostante.

Appena aperto il peritoneo, si scovrì alla nostra vista la pellucida e bianca parete cistica.

Per l'ovariotomista questo è il più bel momento: alla vista di quella parete cistica libera di aderenze oh quanti affannosi dubbii vengono d' un tratto rimossi dall'animo suo! È appunto allora che egli entra in un'atmosfera tranquilla d' idee, la quale è tanto necessaria preparazione a superare tutte le eventualità possibili ad incontrarsi andando innanzi.

Estratti col grosso trequarti di Nélaton meglio che tredici litri di liquido, mi riuscì di tirar fuori e fissare con forti pinzette una buona porzione della parete cistica in una al trequarti ; ma ben tosto m' accorsi di una massa solida, grande quanto un segmento di un piccolo mellone, in corrispondenza della durezza sentita attraverso le pareti addominali tra l'ombelico e la fossa iliaca dritta. Per la quale cosa fu necessario prolungare la incisione in alto per altri 4 centimetri circa. Tirata fuori quest'altra porzione

di cisti e raccolti forse altri tre a quattro litri di liquido colle spugne, mi accorsi che il segmento superiore del tumore era fissato verso su.

Lavate le mani ben bene coll'acqua fenicata, e penetrando nell' addome colla destra, raggiunsi l'epigastrio e gl'ipocondrii. Quivi con dolcezza e pazienza scollai le aderenze tutte. In questo punto una pinzetta, tratta un po' di soverchio, lacerò la parete cistica, ed il liquido cistico si versò liberamente. Ma un buon servizio di spugne fece sì che di questo liquido non ne capitò dentro il cavo peritoneale, o pochissimo. Continuai a sciogliere le aderenze in alto sino a che la cisti cedette, venendo a fior di ferita addominale e portando aderenti l'epiploon e qualche porzione del tenue. Sciolsi l' uno e l' altra, e la vescica cistica afflosciata venne arrovesciata sull'incerata che covriva pube e cosce della inferma. Ci accorgemmo allora di una ben lunga porzione di epiploon la quale, dopo essere stata scollata dalla parete della cisti, pendeva tra la ferita e sanguinava in più punti. Ligai quell' appendice epiploica alla sua base con due sottili fili di cat-gut in due punti poco discosti, e tagliai tra le due ligature; in seguito di che il moncone epiploico asciutto si ritirò profondamente nell'addome.

Tornando alla cisti ed al suo picciuolo, riconobbi questo esser grosso e discretamente lungo. Guardandolo meglio, m' accorsi di un rigonfiamento tubulare e molle da sembrare un intestino: era invece una grossissima vena, forse più che un' iliaca primitiva d' uomo adulto. Allora mi decisi pel clamp, quindi procedei con la massima diligenza alla toilette dell'addome, ricacciando gli intestini ora a dritta, ora a sinistra, ora su, finchè mi convinsi d' aver prosciugato ogni parte della pelvi e dell' addome. Allora vidi altro punto sanguinante lungo il picciuolo a lato del grosso tronco venoso, lo ligai col cat-gut, e l'abbandonai.

Procedetti nel solito modo alla ligatura, e poichè le pareti addominali erano molto rilassate e non bisognava alcuna trazione per tenere unite le labbra della ferita, mi contentai di piazzare un punto colla seta fenicata immediatamente sopra il picciuolo ed altri sei punti col cat-gut doppio. Si medicò al solito alla Lister, e la signora fu portata sul suo letto. L'operazione durò un' ora e minuti, compreso il tempo per la cloroformizzazione e la medicatura.

Si volle poi esaminare la cisti, che ora si conserva nel gabinetto patologico dell'ospedale di Trapani.

Era uua grande cisti, capace di contenere, come ho detto, da 16 a 17 litri di liquido. La parete, dove più dove meno, in media avea lo spessore di 6 a 7 millimetri, ed era tenera anzichè no, grossi vasi correvano nel suo parenchima, e alla sua superficie esterna vedevansi resti e lacinie del connettivo delle aderenze sciolte. Verso il segmento sinistro un tratto di 6 centimetri circa della tromba falloppiana venne asportato, oltre quello lasciato di qua e di là dal clamp e che aderiva intimamente alla parete cistica.

Il liquido era sieroso, ma torbido e con molte particelle e fiocchi fibri-

nosi più o meno degenerati, e sospesivi. Sulla parete interna della cisti molte deposizioni fibrinose, tenere e giallicce.

In corrispondenza del segmento inferiore dritto la parete cistica mostrava per una sezione di 12 a 15 centimetri quadrati un notevole ispessimento, una vera neoformazione sporgente tutta dentro la cavità cistica. Alla sezione si scovrirono numerosissime cisti di varia grandezza, a contenuto denso, lattescente e quasi mucoso; ed il tessuto intermedio era nettamente mixomatoso.

Con uno dei tagli s'apre un focolaio apoplettico con sangue nero, aggrumito e dell'aspetto tutto come se l'emorragia fosse avvenuta di fresco.

Tutti i fatti consecutivi all'operazione possonsi riassumere in queste poche parole.

Febbre a 38°,3, la sera dell'operazione, tranquillità perfetta della signora, la quale urina da sè e dorme un sonno così tranquillo e lungo, che i parenti se ne preoccupano.

L'indomani mediocre propensione al vomito, che si calma con pezzetti di ghiaccio per bocca; temp. 38°,2 e 38°,5. L'inferma prende dei brodi. La febbre leggiera si mantiene la stessa nel giorno appresso.

La febbre cade completamente al terzo giorno. La signora incomincia a prendere del cibo, urina da sè, dorme benissimo.

Al quarto giorno, prima medicatura. Ferita riunita, non turgore, non rossore, non sensibilità attorno alla ferita, nessun prodotto, nessun cattivo odore.

Al settimo giorno seconda medicatura, poche gocce di siero torbido e purulento attorno al picciuolo; la bella adesione della ferita, ed il grande rilassamento delle pareti addominali m' incoraggiano , e rimovo quattro punti di sutura.

Lo stesso giorno riparto per Napoli.

L'egregio amico dottor Isca, alle cui intelligenti cure restò affidata la mia operata, mi ha scritto tre volte per dirmi:

La signora ha avuto regolari evacuazioni alvine, è stata medicata la terza volta al decimo giorno, e furono rimossi allora gli altri tre punti di cucitura. Appetito piuttosto soverchio.

Al quartordicesimo giorno, quarta medicatura, cade il clamp, alcune gocce di pus inodoro, resta una piccola piaga granulante, infossata appena. La signora è in perfetta convalescenza, ed ha tale appetito, che si deve durar fatica ad imporre a lei ed ai parenti una giusta moderazione, alla quale del resto si tengono fedelmente.

Alla quinta e sesta medicatura il tutto si riduce ad un piccolo bottone di granulazioni nel luogo del clamp, e la signora dopo 22 giorni incomincia a levarsi da letto. E siccome durante la cura ella si è rimessa in salute ed ingrassata piuttosto , una volta levata da letto, la si poteva dire perfettamente guarita anzichè convalescente.

Dopo tutto, mi sia permesso dire due parole su Trapani, e sui suoi medici. La residenza là mi fu assai gradita, perchè in mezzo ad abitanti cortesissimi ed in mezzo ad un gruppo di distinti chirurgi , che sono l'esempio della più graziosa concordia e del maggiore vicendevole rispetto.

A questo ha contribuito assai la rara generosità del Dr. Lambiasi. Egli, col prendere a cuore la protezione di tutti i giovani chirurgi indistintamente , ha saputo crearsi un' atmosfera di rispetto dentro e fuori Trapani, che non gli verrà mai meno.

A rendere un'idea del merito scientifico di tutti quei dottori , non dirò della perfetta tenuta del loro piccolo ospedale e della larga applicazione del metodo Listeriano, ma ricorderò solo quelle grandi operazioni, che possono fare l' onore dei migliori chirurgi, e che quei dottori hanno in Trapani eseguite.

1° Resezione doppia dei due mascellari: guarigione (Solina).

2° Due ligature delle due ascellari in alto, in due casi di aneurisma traumatico dell' ascellare: emorragia in ambedue i casi alla caduta del laccio, ligatura della succlavia in ambedue i casi: guarigione in tutti e due (Lambiasi).

3° Ligatura dell' iliaca interna per emorragia traumatica della glutea: morte per anemia (Lambiasi).

4° Due ligature dell' iliaca esterna per due aneurismi: guarigione in ambedue i casi (Lambiasi e Turretta). Un terzo operato di ligatura d' iliaca esterna fu da me visitato e procedeva benissimo. La ligatura era stata fatta col cat-gut ed a nodo perduto, pratica la quale non si è avuto qui ancora il coraggio di seguire.

5° Oltre tante resezioni di minore importanza , una resezione coxofemorale per coxite ; (Lambiasi).

6° Resezione del ginocchio: guarigione (Lambiasi).

7° Due trasfusioni di sangue con ottimo risultato (Lambiasi ed Isca).

La sola osservazione a farsi a quegli egregi colleghi ed amici è che non bisogna esser pigri nello scrivere e nel render conto al mondo scientifico dei risultati della loro esperienza.